

ФОНД ЗДРАВСТВЕНОГ ОСИГУРАЊА РЕПУБЛИКЕ СРПСКЕ	Пријава/Одјава на здравствено осигурање за осигурано лице
---	--

ПОСЛОВНИЦА/ЕКСПОЗИТУРА

ВРСТА ОБРАСЦА*
ПРИЈАВА
ОДЈАВА

ЗА ОСИГУРАНО ЛИЦЕ – ЧЛАНА*
ПОРОДИЦЕ
ШИРЕ ПОРОДИЦЕ
ПОЉОПРИВРЕДНОГ ДОМАЋИНСТВА

*стави поред одговарајућег

I Подаци о осигуранику (носиоцу осигурања)

а)	Презиме и име	в)	Општина пребивалишта	□□□
б)	ЈМБ (или ЈИБ за странце)	□□□□□□□□□□□□	Општина пријаве на осигурање	□□□

ОЛ	II Подаци о осигураном лицу				
1	а)	Презиме и име	г)	Сродство са осигураником	
	б)	ЈМБ □□□□□□□□□□□□	д)	Пол	М Ж
	в)	Адреса пребивалишта/боравка			
2	а)	Презиме и име	г)	Сродство са осигураником	
	б)	ЈМБ □□□□□□□□□□□□	д)	Пол	М Ж
	в)	Адреса пребивалишта/боравка			
3	а)	Презиме и име	г)	Сродство са осигураником	
	б)	ЈМБ □□□□□□□□□□□□	д)	Пол	М Ж
	в)	Адреса пребивалишта/боравка			
4	а)	Презиме и име	г)	Сродство са осигураником	
	б)	ЈМБ □□□□□□□□□□□□	д)	Пол	М Ж
	в)	Адреса пребивалишта/боравка			

III Овјера

Изјава: Под моралном, материјалном и кривичном одговорношћу изјављујем да су сви унесени подаци у овој пријави потпуно тачни и вјеродостојни.		Датум стицања/престанка својства осигураног лица □□/□□/□□□□ Потпис овлашћеног радника Фонда М.П.
Датум пријема □□/□□/□□□□		
а)	Потпис осигураника	

НАПОМЕНА:

- Пријаву, промјену пријаве и одјаву на здравствено осигурање за осигурано лице Фонду подноси осигураник лично, а према мјесту пријаве, односно пребивалишта осигураника.
- Поред пријаве, подносилац је дужан доставити доказе из члана 10. Правилника.
- Затамљене рубрике попуњава Фонд.

Назив орг. јединице Фонда (захтјева):

Назив орг. јединице Фонда (уручења):

Број Захтјева:

Вријеме Захтјева:

Вријеме штампања:

Захтјев за издавање – замјену електронске здравствене картице

1. Врста захтјева	☐ Прво издавање картице	☐ Замјена картице
2. Разлог размјене		
☐ Истек рока важења	☐ Изгубљена	

☐ Промјена личних података на картици	☐ Уништена
☐ Украдена	☐ На други начин недоступна

3. Подаци о осигуранику
ЈМБ:
Име и презиме:
Датум рођења:
Адреса пребивалишта:

4. Подаци о осигураном лицу
ЈМБ:
Име и презиме:
Датум рођења:
Адреса пребивалишта:

Напомена

- Разлог Захтјева попуњава се за случај да је одабрана врста захтјева “Замјена картице”.

- Картица се издаје осигураном лицу. У случају да је осигурано лице малолетно, Захтјев за издавање картице подноси законски заступник.

Потпис подносиоца Захтјева	Потпис овлашћеног лица
Назив орг. јединице Фонда (захтјева):	
Назив орг. јединице Фонда (уручења):	
Вријеме уручења картице:	
Вријеме штампања Потврде:	

Потврда о преузимању електронске здравствене картице

1. Подаци о осигуранику
ЈМБ:
Име и презиме:
Датум рођења:
Адреса пребивалишта:

2. Подаци о осигураном лицу
ЈМБ:
Име и презиме:
Датум рођења:
Адреса пребивалишта:

3. Подаци о картици
Број картице:
Датум издавања:
Важи до:

Преузимањем картице и потписивањем ове потврде осигурано лице или законски заступник је потврдио да је упознат и сагласан са следећим.

- Електронска здравствена картица представља идентификациони документ којим се доказује својство осигураника или осигураног лица у систему обавезног здравственог осигурања и који омогућава приступ електронском здравственом картону.
- Осигурано лице, односно законски заступник је сагласан да се здравствени картон води у електронском облику.
- Према картици која се преузима овом потврдом, осигурано лице, односно законски заступник треба да се односи одговорно као и са било којим другим идентификационим документом.
- Све новонастале чињенице у вези са картицом, а које се односе на крађу, губитак или оштећење, те промјену личних података на картици, осигурано лице или законски заступник је дужан пријавити најближој организационој јединици Фонда здравственог осигурања Републике Српске, те поднијети захтјев за издавање нове картице.
- Уколико осигурано лице или законски заступник не пријави крађу или губитак картице, дужан је да сноси трошкове настале злоупотребом картице од стране другог лица.
- У случају да осигурано лице оствари право на здравствено осигурање код другог носиоца осигурања, дужно је електронску здравствену картицу вратити Фонду.
- Картица није преносива и забрањено је њено копирање или коришћење од стране другог лица.

Осигурано лице или законски заступник је дужан да поднесе захтјев за издавање нове електронске здравствене картице најкасније 30 календарских дана прије дана истека важеће картице.

Фонд здравственог осигурања Републике Српске

Филијала:

Пословница/Експозитура:

Потврда о здравственом осигурању

1. Подаци о лицу коме се издаје, односно коме је издата електронска здравствена картица
ЈМБ:
Име и презиме:
Датум рођења:
Адреса пребивалишта:
2. Подаци о носиоцу осигурања
ЈМБ:
Име и презиме:
Датум рођења:
Адреса пребивалишта:
Носилац осигурања за:
☐ Члана уже породице ☐ Члана шире породице ☐ Члана пољопривредног домаћинства

Потврда се издаје ради коришћења права из здравственог осигурања до издавања електронске здравствене картице, а најкасније до:

☐☐☐☐☐☐. године

(датум важења Потврде)

са правом на:

☐ пуни обим права из здравственог осигурања

☐ само за случај хитне медицинске помоћи

За осигурано лице за које нису плаћени доспјели доприноси за обавезно здравствено осигурање у простор предвиђен за уписивање рока важења Потврде (датум важења) уписује се ознака “0” – без ознаке рока до којег потврда важи, у ком случају лице остварује право на здравствену заштиту само у случају хитне медицинске помоћи.

Потврда се користи уз личну карту за лица која су по закону обавезна да имају личну карту.

М.П.

Потпис овлашћеног лица